NOTICE

SUR LES

TITRES SCIENTIFIQUES

DU

Dr. S. CLADO

CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ

CANDIDAT A L'AGRÉGATION DE PARIS

OLLIER-HENRY

LIBRAIRE-ÉDITEUR

11 et 13, Rue de l'École-de-Médecine, 11 et 13

PARIS

—

1892

I. — TITRES

Aide d'anatomie provisoire	1880
Interne des hôpitaux de Paris	1882
Aide d'anatomie à la Faculté	1884
Aide d'anatomie pathologique et de bactériologie à la Faculté	1885
Chef de laboratoire de la Faculté	1887
Chef de clinique de la Faculté	1889

Lauréat de l'Assistance publique (prix Civiale 1886)
Lauréat de la Faculté (thèse inaug. 1887)

II. — ENSEIGNEMENT

En qualité d'aide d'anatomie, j'ai enseigné l'Anatomie descriptive et la dissection aux élèves de l'École pratique.

En qualité d'aide d'Anatomie et Histologie pathologiques, j'ai enseigné ces parties de la science aux élèves qui prenaient part aux Travaux pratiques dans le laboratoire de M. le prof^r. Cornil.

En qualité de chef de laboratoire à la Pitié, j'ai fait, pendant deux ans, des démonstration publiques et privées sur l'Histologie pathologique et sur la Bactériologie appliquées à la clinique.

Enfin, comme chef de clinique, j'ai dirigé les exercices cliniques des élèves qui ont suivi la clinique de l'Hôtel-Dieu et assisté M. le prof^r. Verneuil dans son enseignement et dans la pratique hospitalière.

J'ai été chargé, par M. le ministre de l'instruction publique de deux missions scientifiques (1885 et 1891).

III. — TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1880

Rétraction cicatricielle congénitale de la peau du cou, atrophie de la moitié inférieure de la face.

(En collaboration avec M. le Prof^r. Hayem.)

Société anatomique, 1880.

L'arc maxillaire inférieur, gêné dans son développement, présentait une atrophie considérable. La langue continuant à s'accroître avait repoussé, de bas en haut, la voûte palatine, laquelle avait également subi un arrêt de développement. Une division palatine en était résultée.

Il n'existe qu'un autre cas analogue dans la science, celui observé par M. le D^r. Després. Il s'agit là d'un arrêt de développement d'ordre mécanique, bien différent, au point de vue pathogénique, du bec de lièvre ordinaire.

1882 **Note sur le procédé de M. Léon Labbé, chirurgien de Beaujon, pour l'ablation de la langue.**

Gazette des Hôpitaux, 1882.

1884 **Bactérie de la diarrhée infantile verte.**

(En collaboration avec le Professeur Damaschino)

Comptes rendus de la Société de Biologie, 1884.

Mon regretté maître et moi avons accompagné de préparations et de micro-photographies la communication de notre découverte. Cette communication, qui résume des recherches entreprises depuis le commencement de l'année 1883, à la crèche de l'hôpital Laennec, met en évidence que:

1° La diarrhée verte est une maladie épidémique d'origine microbienne ;

2° Qu'elle est due au développement dans l'intestin d'un bâtonnet particulier, très mobile, dont la pullulation est parfois telle, que les selles vertes semblent uniquement constituées par une culture pure de ce micro-organisme ;

3° Que l'évolution de la maladie correspond aux diverses phases du développement du microbe ;

4° Qu'à ce développement est également liée la coloration plus ou moins accentuée des selles, comme cela résulte des examens successifs faits

au cours soit de diarrhées primitivement vertes, puis passant progressivement au jaune, soit de diarrhées jaunes dès le début.

La découverte du microbe de la diarrhée infantile verte a été confirmée cinq ans plus tard, en 1887, par les recherches de M. le profr. Hayem et de M. Lesage, qui ont réussi à reproduire la maladie chez les animaux.

Etude de l'installation et du fonctionnement de l'Institut I. d'Hygiène de Berlin. 1885

Rapport au Ministre de l'Instruction publique.

J'ai mis à profit mon séjour en Allemagne pour étudier diverses opérations nouvelles, notamment deux procédés de Schröder, alors peu usités en France :

Amputation vaginale et sus-vaginale du Col. Hystérectomie abdominale.

Archives de physiologie, 1885.

Description de l'Hôpital Municipal de Berlin.

(En collaboration avec M. Chantemesse, agrégé de la Faculté.)

Progrès médical, 1885.

Etude anatomo-pathologique des atrophies musculaires chirurgicales.

(En collaboration avec M. le Prof[r]. Duplay.)

Société de Biologie, 1885.

Quand on compare les coupes correspondantes faites du côté sain et du côté lésé, on est surtout frappé de l'énorme diminution du volume des faisceaux musculaires dans le dernier cas.

Les fibres primitives (réduites des 3/4) offrent un aspect irrégulièrement moniliforme. Leur striation est altérée ou disparaît ; le myolemme est plissé, écarté ; ses noyaux prolifèrent et, par leur accumulation, arrivent à se substituer aux fibres musculaires. Celles-ci présentent par places un aspect vitreux ; toutes sont frappées, à un degré variable, de dégénérescence granulo-graisseuse ; elle est plus avancée pour des cellules situées à la périphérie du faisceau.

Les cloisons conjonctives (inter et intra-fascicu-

laires) sont considérablement épaissies. Elles sont le siège d'une augmentation du nombre des vaisseaux, lesquels sont atteints d'endopériartérite.

Toutes ces lésions sont encore plus apparentes quand on procède par dissociation.

Il existe constamment une hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané et de l'aponévrose d'enveloppe du membre fracturé.

En résumé, nous avons montré, mon maître et moi, qu'il s'agissait là d'un processus irritatif et non d'une atrophie simple.

Tumeurs de la Vessie. — Anatomie pathologique. Déductions cliniques et opératoires. 1886

Mémoire couronné du prix Civiale. (Assistance publique.)

Ce travail, où les tumeurs de la vessie ont été pour la première fois étudiées dans leur ensemble, a été poursuivi dans le service de mon maître, le prof^r. Guyon. Il renferme l'analyse de plus de 400 observations, dont quelques-unes se rapportent à des formes non encore décrites.

Dans un historique complet de la question, il est fait justice de la vieille dénomination de *fongus* qui ne répond à aucune réalité.

M. le prof^r. Guyon m'a fait l'honneur d'adopter, dans son livre sur les maladies de la vessie et de

la prostate, la classification que j'ai proposée des néoplasmes vésicaux, d'après leur structure.

J'ai montré que les tumeurs dites bénignes et malignes étaient également fréquentes dans la vessie, mais que les plus bénignes évoluaient malignement (extension, récidive), ce qui tenait à la disposition anatomique de l'organe. Relativement à cette disposition, j'ai *confirmé l'existence de papilles et de glandes vésicales.*

Le siège le plus fréquent des néoplasmes a pu être déterminé avec précision.

Un chapitre a été consacré à leur dégénérescence ; un autre à leur pathogénie, dans lequel est mis en lumière ce fait remarquable que les tumeurs de la vessie ont une tendance à rester cantonnées dans son intérieur, de même que les humeurs périphériques (utérus, vagin, prostate, cavité du petit bassin) envahissent rarement la cavité vésicale.

L'origine épithéliale du carcinome y est démontrée dans la vessie. Une autre constatation y est faite, l'existence d'une couche graisseuse isolante ; elle a été rapportée en ces termes dans l'ouvrage du Prof^r^. Guyon :

« Au-dessous des parties infiltrées, à leur « extrême limite, on rencontre une couche for- « mée par des lobules graisseux dont l'apparence « est toute différente de celle du néoplasme. « C'est là un fait intéressant, qui a été vu et décrit « pour la première fois par M. Clado. Dans un « cas, cette *couche graisseuse isolante,* dépassait « quatre centimètres d'épaisseur. Les recherches

« de M. Clado lui permettent de penser qu'elle
« est constante et qu'elle est destinée à s'opposer
« pour ainsi dire à la marche envahissante du
« cancer. Il est inutile d'insister sur l'intérêt
« qu'offre au chirirgien une constatation de cette
« nature ».

Enfin un chapitre d'*urologie* est consacré aux procédés à suivre pour arriver, par l'examen de l'urine, au diagnostic : 1° de l'existence ; 2° de la nature, des tumeurs de la vessie.

M. le profr Cornil a bien voulu également, dans son cours d'Anatomie pathologique à la Faculté, exposer les conclusions de ce mémoire, et en faire passer les diverses planches sous les yeux des auditeurs.

Leçons de M. le Professeur Cornil sur les Bactéries

(En collaboration avec M. le Dr. Toupet)

Journal des connaissances médicales, 1886.

Cystite fongo-vasculaire

Annales des voies génito-urinaires 1886

Dans les vieilles cystites, la vessie enflammée donne naissance à des excroissances formées d'un

amas de vaissaux sanguins réunis par un tissu embryonnaire (cellules rondes et cellules fusiformes). Ces excroissances, auxquelles j'ai donné le nom de productions *fongo-vasculaires,* offrent une grande importance au point de vue de la pathogénie des hémorrhagies. J'ai montré en effet qu'elles peuvent se déchirer sous l'influence de la contraction de la vessie, et donner lieu à des hémorrhagies qui simulent cliniquement l'hémorrhagie de la tumeur vésicale.

Du pansement, de la suture et du drainage dans la taille hypogastrique

(En collaboration avec M. le Dr. Nourric).

Annales des maladies des voies génito-urinaires, 1886.

Ce mémoire, destiné à vulgariser les procédés opératoires et antiseptiques de l'école de Necker, est accompagné de quelques considérations sur la suture *immédiate secondaire* de la vessie.

Note sur le début et l'évolution des tubercules dans la vessie

Annales des maladies des voies génito-urinaires, 1886.

Il y est établi, par l'anatomie microscopique, que

la tuberculose vésicale débute et évolue d'abord *sous l'épithélium*, et n'envahit que plus tard la couche profonde muqueuse et les couches sous-ajacentes.

De là l'efficacité possible (vérifiée par la pratique) d'un grattage précoce.

Dans la même année, j'ai fait une communication à la Société anatomique, appuyée de pièces et de préparations microscopiques, sur ce sujet.

Cliniques de M. le Professeur Guyon à l'hôpital Necker : Cystites douloureuses Carcinose prostato-pelvienne diffuse

Progrès médical et Bulletin médical, 1886-1887.

Du Ballottement rénal. 1887

Bulletin médical, 1887.

Description du procédé d'exploration à suivre pour rechercher ce signe découvert par M. le profr. Guyon. Son importance apparaît surtout dans le diagnostic des tumeurs du rein à leur début, c'est-à-dire justiciables de l'extirpation (trois observations personnelles). Les adhérences rénales, constamment trouvées à l'autopsie, ne

permettent pas d'assimiler ce symptôme au ballottement fœtal ; son existence et ses modifications sont liées à l'accroissement de volume plus ou moins marqué de la glande. A l'aide de ce signe, on peut acquérir des notions sur le volume, la forme et la consistance du rein. Sa situation anatomique rend compte du mode d'exploration indiqué.

Bactérie septique de la Vessie

Thèse inaugurale, 1887.

Cette thèse (la première qui ait été soutenue à la Faculté de Paris sur un sujet de bactériologie) est le résultat de recherches poursuivies dans le laboratoire du prof^{r}. Guyon, à l'hôpital Necker (internat 1886), et dans celui du prof^{r}. Cornil. Elle a servi de point de départ aux nombreux travaux récemment publiés sur les affections inflammatoires des voies urinaires (Albarran, Hallé, Krozius, Achard, etc.)

Le micro-organisme de cette infection y est signalé pour la première fois, et complétement étudié (morphologie, cultures, inoculations, propriétés septiques et pyogènes.)

MM. Cornil et Babès, dans leur traité *Les Bactéries* (3e éd. vol. 1, page 519) en donnent le résumé suivant :

« Clado (thèse de Paris, 1887) a cultivé, dans « les urines des individus atteints de cystite et de « pyèlo-néphrite, dans le service de Guyon, une « douzaine de variétés de microbes différents, mi« crocoques, streptocoques, staphylocoques ou « bacilles. Parmi ces derniers, il en a isolé et « étudié spécialement un qui se trouve très fré« quemment dans les urines des malades atteints « de cystite et qu'il a nommé la *bactérie septique* « de la vessie. Elle est pathogène pour la souris, « le cobaye et le lapin.

« Sur la gélatine, inoculée par piqûre à 20°, la « bactérie de Clado donne une légère traînée « opaline et blanchâtre qui présente des dente« lures au 3e jour, et au 6 ou 7e jour, des colonies « lenticulaires, horizontales, empilées les unes sur « les autres. Cette forme caractéristique des colo« nies est surtout marquée à la partie inférieure « de la piqûre, où elles sont beaucoup plus abon« dantes et plus volumineuses. A la surface, le « microbe se développe avec moins de vigueur, « comme une couche opaline ou muqueuse. Vers « le vingtième jour, il détermine une sorte de « nuage dans toute la partie inférieure de la géla« tine. Cette substance n'est pas liquéfiée. Sur la « gélatine en surface oblique et sur l'agar-agar, on « a une pellicule mince, opaline et des colonies « circulaires. Sur l'urogélatine (gélatine préparée « avec de l'urine à la place de l'eau), on obtient, « par piqûre, une raie blanche le long de la piqûre, « au bout de vingt-quatre heures et les jours sui-

« vants il se développe un nuage transparent,
« blanchâtre, qui entoure la traînée primitive et
« qui envahit progressivement tout le tube. Il n'y
« a pas de colonies distinctes, lenticulaires comme
« dans la gélatine peptone.

« Dans le bouillon, à une température de 20 à
« 30°, tout le liquide se trouble et prend une appa-
« rence nuageuse, puis la couleur du lait de chaux
« étendu d'eau ; plus tard, le bouillon offre une
« couenne blanchâtre à sa surface.

« Cette bactérie est longue de 1 μ 6 sur 0 μ 5
« d'épaisseur ; ses extémités sont arrondies ;
« jamais les bâtonnets ne sont placés bout à bout,
« ni en chaînette, ils sont mobiles. Dans les vieilles
« cultures on en voit des bâtonnets et des formes
« ovoïdes, probablement des spores. Ils se colorent
« bien par tous les colorants simples, moins bien
« par le procédé Gram.

« L'inoculation dans le tissu cellulaire ou dans
« le sang tue les animaux (souris, lapins et cobayes)
« par une septicémie ; l'injection dans le péritoine
« et la plèvre donnent une inflammation hémor-
« rhagique, quelquefois avec de fausses mem-
« branes. L'injection dans la vessie, à côté de
« résultats négatifs, a donné de la cystiste puru-
« lente à deux lapins. Les reins, dans ces animaux,
« sont toujours atteints d'un certain degré de né-
« phrite avec congestion intense et hémorrhagies
« glomérulaires. Dans le quart des cas, Clado a
« vu des bactéries en quantité variable sur les
« coupes du rein, dans les tubes contournés, dans

« la capsule de Bowmann et dans les vaisseaux
« sanguins ou lymphatiques. Lorsque l'injection a
« été faite dans le tissu cellulaire, on retrouve
« les bactéries dans les séreuses, dans la rate, et
« même lorsque les séreuses ne paraissent pas
« altérées. On les retrouve aussi dans le sang,
« mais moins nombreuses que dans le suc splé-
« nique. Il y en a constamment à un moment
« donné dans l'urine qui paraît être leur voie
« d'élimination ».

Bactérie de l'infection urineuse.

Société anatomique, 1887.

Jusque-là, les accidents fébriles qui compliquent les affections des voies urinaires étaient désignées sous le nom de *fièvre urineuse*. Me basant sur des considérations cliniques et bactériologiques, j'ai proposé de remplacer cette désignation par celle d'*infection urineuse*.

Cette infection est ordinairement causée par la *bactérie septique de la vessie* (des travaux ultérieurs l'ont montré), mais dans trois cas que j'ai eu l'occasion d'observer dans le service de M. le Profʳ. Guyon, elle était due à un microbe que j'ai également décrit le premier, bâtonnet volumineux, mobile, donnant rapidement des formes

sporulées, liquéfiant la gélatine et non pathogène pour les animaux.

Il a été trouvé dans le foie, la rate, et recueilli chez le vivant, à l'aide d'une aiguille spéciale signalée plus loin.

Abcès du rein.

Société anatomique, même séance

Au point de vue pathogénique, il y a lieu de distinguer deux ordres d'abcès du rein : ceux d'origine urinaire (néphrite ascendante, uretère toujours altéré), et les abcès où le rein est infecté par la circulation. Il y a des infections urineuses pures, sans lésion d'organes.

Bactérie cytiforme et Bactérie rhabdiforme des urines.

Société anatomique, 1887.

Description de deux espèces nouvelles, isolées à plusieurs reprises dans les urines de malades affectés de cystite blennorrhagique. Morphologie de ces bâtonnets, dont les cultures sur gélatine présentent des formes particulières justifiant les dénominations proposées.

Ces bactéries ne sont pas pathogènes pour les animaux.

Mémoire sur les inoculations péritonéales comme moyen de diagnostic rapide de la tuberculose. 1888

(En collaboration avec M. le Prof^r. Verneuil)

Congrès de la tuberculose, 1888.

Il était admis que le diagnostic de la tuberculose par voie d'inoculation aux animaux, exigeait un laps de temps de quelques mois. A la suite d'expériences répétées, mon maître et moi avons établi que, grâce aux communications lymphatiques, l'inoculation péritonéale de produits tuberculeux (cobayes, lapins) est suivie d'une tuberculisation rapide de la rate, du pancréas et du foie. Dès le 10e ou le 12e jour, de petits tubercules sont déjà reconnaissables à l'œil nu, au milieu de la pulpe splénique. Cette triade de tuberculose viscérale peut être le seul indice de l'infection bacillaire, ou être accompagnée de tuberculose péritonéale et de tuberculose ganglionnaire.

Les tubercules sont inoculables en série et renferment le bacille de Koch.

L'inoculation péritonéale, méthode française, constitue donc un moyen relativement *rapide* de décider de la nature tuberculeuse ou non d'un produit quelconque (pus, sérosité, fragment de néoplasie, etc.).

On conçoit l'importance d'un diagnostic précoce au point de vue du traitement.

Depuis notre mémoire, nos conclusions ont été

adoptées par la plupart des expérimentateurs. Cette manière de procéder est aujourd'hui de pratique courante.

—

1888 **Des micro-organismes rencontrés dans trois cas de kystes congénitaux,**

(En collaboration avec M. le Prof^{r}. Verneuil).

Académie des Sciences, 1888.

La présence de microbes, coïncidant avec des phénomènes d'inflammation, dans des kystes n'ayant jamais présenté de communication avec l'extérieur, est une nouvelle confirmation de la théorie du *microbisme latent.*

—

Parmi les travaux de laboratoire poursuivis sous l'inspiration de M. Verneuil, je me permettrai de citer les recherches relatives à sa *Nouvelle classification des abcès.* (Communication à l'Académie des Sciences, 1888), dans laquelle mon illustre maître a bien voulu mentionner ma collaboration.

—

Abcès spirillaires de la bouche. 1889

Académie des Sciences, 1889.

Les spirilles de la bouche se localisent dans l'alvéole d'une dent cariée, et de là infectent les lymphathiques, puis les ganglions, donnant naissance à d'énormes phlegmons du cou. Au début, on y retrouve ces spirilles à l'état de pureté; plus tard, le pus est envahi pas d'autres micro-organismes. Exemple bien remarquable de la substitution à courte échéance d'un microbe à un autre dans un foyer morbide.

De l'identité bactériologique et anatomique de l'érysipèle et de la lymphangite.

(En collaboration avec M. le Prof[r]. Verneuil.)

Académie des sciences, 1889.

Nous avons réussi, à plusieurs reprises, à produire chez les lapins des érysipèles typiques en inoculant le pus ou le produit de culture des lymphangites. Le micro-organisme de la lymphangite, dans ses propriétés morphologiques et biologiques, ainsi que dans sa virulence, est identique au micro-organisme de l'érysipèle. Ainsi se

trouve définitivement tranchée une question si longtemps controversée.

Ces recherches ont inspiré la thèse inaugurale de M. le Dr. Gars (1889). Les considérations (reproduites dans cette thèse) auxquelles mon maître et moi nous nous sommes livrés, démontrent que le *streptococcus érysipelas* localisé dans les lymphathiques donne naissance à la lymphangite, tandis qu'il occupe le réseau d'origine des lympathiques dans l'érysipèle.

Nouvelle méthode, non sanglante, pour le traitement de l'ongle incarné.

(Dans la thèse inaugurale de Benoît, 1889*)*

Pseudo-tuberculose ganglionnaire.

(Note jointe à la communication de M. Ricard, agrégé de la Faculté, Congrès de chirurgie, 1889*).*

En 1853, M. Verneuil décrit cliniquement et histologiquement une variété d'engorgement ganglionnaire frappant les ganglions parotidiens et sous maxillaires. Cette affection singulière, très rare et remarquable par sa bénignité extraordinaire, a été rencontrée depuis par MM. Ricard,

Verneuil, et par moi dans le service de mon maître. Je fus chargé de faire l'étude histologique du néoplasme, laquelle est longuement relatée dans la communication de M. Ricard.

J'ai montré que cette affection était caractérisée microscopiquement par une accumulation de tubercules typiques, mais qui ne sont nullement inoculables en série et dans lesquels on ne parvient pas à mettre en évidence le bacille de Koch.

Bactérie de l'infection herniaire.

Congrès de chirurgie, 1889

Les symptômes cliniques de l'étranglement herniaire à évolution fatale rappellent ceux d'une infection. M. le Profr. Verneuil et ses élèves avaient depuis longtemps soupçonné le sac d'en être l'origine. Ma communication au Congrès de 1889 met ce point hors de doute.

Dans les cas d'étranglement suivi de mort j'ai montré le premier une bactérie dans le sac, sur le vivant, et, à l'autopsie, dans la sérosité péritonéale, le sang, et les principaux viscères.

Cette bactérie (bâtonnet de longueur variable, mobile, ne liquifiant pas la gélatine), est éminement pathogène (cobayes tués en moins de vingt-quatre heures). Sa virulence se maintient par

culture dans le bouillon à + 37°, et se renforce par le passage dans l'organisme de l'animal. J'ai pu reproduire par l'inoculation l'infection herniaire. A l'autopsie des animaux on trouve la bactérie dans le sang et les viscères. Même sérosité rougeâtre dans le peritoine, mêmes lésions viscérales que chez l'homme.

Morphologiquement et biologiquement cette bactérie se rapproche du coli-bacille. Des caractères insignifiants l'en séparent.

Cette bactérie a pour point de départ le contenu intestinal. Grâce aux lésions de l'anse étranglée (congestion, ulcération, distension) elle filtre à travers la paroi et envahit le sac herniaire, gagne la cavite péritonéale et infecte l'organisme. Les symptômes généraux et les lésions viscirales (notamment les congestions pulmonaires et autres signalées par M. Verneuil) sont sous la dépendance de cette bactérie.

L'examen bactériologique du liquide contenu dans le sac à une grande importance au point de vue du pronostic et des indications opératoires. Aucun des cas où l'absence de la bactérie a été constatée dans le sac n'a été suivi de mort. De là les indications: en cas d'absence, réduire et réunir par première intention ; dans le cas contraire, drainer ou maintenir le trajet béant, et *surveiller* l'anse intestinale.

En résumant mes recherches et mes conclusions dans le Traité de Chirurgie des professeurs Duplay et Reclus (article *intestin*), M. Berger, agrégé

de la Faculté, a bien voulu y intercaler des figures reproduisant mes préparations de liquides (sac, péritoine, sang) et de viscères (poumons, foie, rate, intestin) envahis par la bactérie. On peut y suivre notamment sa migration à travers la paroi de l'anse étranglée.

Ces recherches ont été confirmées depuis, en France, en Belgique et en Allemagne.

Projet d'installation d'un laboratoire d'histologie et de bactériologie cliniques à l'Hôtel-Dieu. 1890

(En collaboration avec M. C. Beretta, préparateur de M. le Prof[r]. Verneuil)

Rapport au Ministre de l'Instruction publique.

Recherches expérimentales sur la destruction de la virulence des humeurs et des fragments tuberculeux.

Ces recherches ont été commencées en 1884 dans le laboratoire de Damaschino, poursuivies et complétées dans les laboratoires de MM. les Professeurs Cornil et Verneuil.

Elles montrent que les humeurs ou les fragments soumis pendant 7 ou 8 séances, d'environ

une heure, à la température de 70° perdent leur puissance tuberculogène. Cette température est tolérable pour l'homme dans certaines conditions.

Cure des tuberculoses localisées accessibles par le chauffage

M. le profr. Verneuil, a présenté en mon nom à l'Académie de médecine en 1890, quatre observations de laryngite tuberculeuse guérie par le chauffage. Il a montré, en outre, un malade atteint de tuberculose laryngo-pharyngée entièrement guéri par cette méthode. On voyait les cicatrices au fond de la gorge.

1891 **Application du procédé de chauffage aux tuberculoses dites chirugicales.**

Arthrites tuberculeuses du poignet, du coude, du cou de pied, tuberculose des doigts, de la peau, etc.

Communications au Congrès de la tuberculose 1891.

10 observations concluantes. (Clin. de M. le Profr. Verneuil. *Progrès méd.* 1891).

Un mémoire d'ensemble doit paraître incessamment dans les *Etudes sur la tuberculose*.

Tuberculose rétro-malléolaire

Congrès de la Tuberculose 1891.

Ce travail comprend deux parties : 1° Anatomie

sommaire et la région ; 2° Tuberculose rétro-malléolaire.

Dans la première partie, je décris la disposition des aponévroses postérieures de la région, telle qu'elleest indiquée par le Prof[r]. Farabeuf. Je montre, en outre, les rapports des gaînes et la disposition du tissu cellulaire rétro-malléolaire ; grâce à l'hydrotomie, j'ai pu séparer les différents plans aponèvrotiques.

Dans la deuxième partie du travail, je fais voir qu'il s'agit d'une forme clinique particulière, consistant en la localisation primitive du tuberculome dans le tissu cellulaire ou bien à son point de départ osseux. On y trouve les symptômes cliniques et les éléments du diagnostic.

L'évolution de cette infection locale est toujours grave et offre une grande résistance au traitement. Dans sa première période, elle est justiciable du chauffage ou de la méthode sclérogène.

Quelques observations sur les effets des injections de sérum de chien.

(Dans la communication de MM. le professeur Ch. Richet et le D[r] Héricourt. Congrès de la tuberculose 1891).

Tuberculose hémilatérale.

Communication au Congrès de la tuberculose 1891.

J'ai rapporté quelques observations de nature à faire admettre que la tuberculose peut se localiser pendant une longue période d'années (5 à 10 ans), dans une moitié du corps. Elle peut successivement infecter différents points de la moitié droite ou gauche, n'ayant entre eux aucune relation lymphatique.

Cette localisation de l'infection tuberculeuse, comparable à l'œdème hémilatéral (Potain), à l'hypertrophie hémilatérale (Trélat et Monod), à certaines éruptions à répétition, tend à confirmer l'individualisation pathologique possible d'une moitié du corps à l'exclusion de l'autre.

Nouveau procédé de suture immédiate de la vessie.

(En collaboration avec M. Ricard, agrégé de la Faculté.)

Annales des maladies des voies génito-urinaires 1891.

Nous avons émis, M. Ricard et moi, des considérations et donné quelques indications sommaires sur la réunion de la vessie par première intention.

Notre procédé consiste à aviver et suturer sépa-

rément la tunique muqueuse et la tunique musculeuse. La suture de la paroi abdominale doit être faite également par étages et sans drainage.

Etat de l'enseignement de l'Histologie et de la Bactériologie appliquées à la clinique, en Angleterre.

Rapport au Ministre de l'Instruction publique, accompagné de 12 plans d'installation.

(Ce rapport étendu a été très favorablement jugé au ministère.)

Appendice Cœcal. Anatomie, Histologie, Enbryogénie et Bactériologie. Aperçus sur la Physiologie et la Pathologie de l'organe. 1892

Société de Biologie, 1891.

Dans ce travail, fait dans le laboratoire de M. le Profr. Mathias Duval, j'ai montré par des considérations anatomiques et biologiques, que l'appendice chez l'homme n'est qu'une portion atrophiée du cœcum, fixée dans sa forme par atavisme.

Anatomiquement, cet organe, de longueur variable, ne présente pas les valvules mentionnées par quelques auteurs ; son méso, quoi qu'on en ait dit, se prolonge, au moins à l'état de vestiges, jusqu'à la

pointe ; ce méso subit fréquemment, ainsi que la cloison perpendiculaire qui le relie à la face inférieure de l'intestin grèle, un envahissement graisseux débutant par le bord libre. Sur l'appendice, on constate parfois la formation de véritables franges épiploïques.

Normalement, l'appendice est un organe du petit bassin. Une fois sur dix, on le trouve replié sous le cœcum. Chez la femme, grâce à sa situation pelvienne, il peut contracter des adhérences avec l'ovaire et la trompe. Un repli péritonéal part quelquefois du méso-appendice pour se perdre dans le ligament large. Ce ligament *appendiculo-ovarien* (dont on trouve des vestiges chez l'homme) croise les vaisseaux iliaques ; il établit des communications lymphatiques entre l'appendice et l'ovaire, comme le montrent les injections mercurielles.

Une autre particularité non encore signalée, est l'existence constante, dans l'angle de l'appendice et du cœcum avec l'intestin grèle, d'un ganglion appendiculaire du volume d'une lentille (sauf hypertrophie constatée dans des cas de fièvre typhoïde, de tuberculose et d'appendicite). L'artère appendiculaire, le long du bord inférieur du méso-appendice, donne trois branches *analogues aux artères coliques,* s'anastomosant comme elles, et offrant la même distribution.

La structure de l'appendice ressemble à celle du gros intestin. Superficiellement, la couche péritonéale est séparée, au niveau de l'adhérence du

méso-appendice, par un espace prismatique triangulaire (hile de l'organe) où rampent les vaisseaux. La tunique musculaire, très épaisse, offre deux plans de fibres lisses, puis une forte couche de tissu conjonctif adulte, criblé d'orifices vasculaires et de fentes lymphatiques. Enfin la muqueuse, tapissée d'un epithélium, cylindrique et doublée par une mince *muscularis mucosæ*, offre un chorion composé de tissu adénoïde qui se condense par places en follicules clos.

Les glandes appendiculaires appartiennent à la variété muqueuse; elles ont la même structure que celles de l'intestin, et présentent des culs-de-sacs parfois bifurqués. Vers la pointe de l'organe elles se multiplient au point de se toucher. Elles font défaut à la pointe même, où la régularité de toutes les couches disparait.

Le développement de l'appendice dans la série animale est lié au mode d'alimentation. Chez certains herbivores (le mouton par exemple), on ne trouve qu'un cœcum régulièrement calibré, contourné en forme d'appendice; chez le rat, un rudiment d'appendice est déjà reconnaissable.

Chez l'homme, la différenciation des deux portions du cœcum, fixée par l'hérédité, apparaît de bonne heure. Dès le 3[e] mois de la vie intra-utérine, l'appendice est visible derrière le cœcum, au-dessous du foie, contre la paroi abdominale. A la naissance, il est déjà fixé dans la fosse iliaque. Sa longueur, relativement à celle du cœcum, est plus grande chez l'embryon que chez

l'homme ; son calibre au contraire offre des dimensions proportionnelles. Contrairement à ce qui a été dit, le cœcum et son appendice sont libres, et n'offrent aucune connexion durant la vie intra-utérine avec les glandes génitales.

A l'état sain, *immédiatement après la mort*, on trouve constamment le *bactérium coli commune*, isolé dans l'appendice. L'appendicite constitue une véritable glandulite, qui conduit à l'abcès intra-appendiculaire ; peut-être les abcès sous-péritonéaux sont-ils sous la dépendance d'une péri-adénite appendiculaire. Enfin, la structure de la portion terminale expliquerait la perforation fréquente en ce point.

Les suppurations appendiculaires contiennent le *bactérium coli* à l'état de culture pure. J'ai même pu suivre sa migration à travers la paroi péritonéale.

Observations cliniques.

(Thèse d'Agrégation du Dr Moriez, Thèses inaug. des D^rs^. Georgiadès, Von Eischstorff, etc.).

Présentations de pièces à la Société anatomique.

IV. — INSTRUMENTS

Trocart spécial,

permettant de recueillir, chez le vivant, un échantillon absolument pur d'un liquide de l'organisme.

Société Anatomique, 1886

Seringue stérilisable

pour les inoculations expérimentales.

Société anatomique, 1889